

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 30 juin 1909, à 1 heure

Par M. CHATELAIN

Né à Chauny le 14 mai 1882

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

MÉTHODES AUTOPLASTIQUES

DANS.

LA CURE RADICALE DE L'OTORRHÉE

Président : M. SEGOND, professeur.

*Juges : { MM. HARTMANN, professeur.
LEGUEU et MAUCLAIRE, agrégés.*

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

10, Rue de Vaugirard, 10 (près l'Odéon)

(Anciennement : 26, rue Monsieur-le-Prince)

1909

323

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 30 juin 1909, à 1 heure

Par **M. CHATELAIN**

Né à Chauny le 14 mai 1882

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

MÉTHODES AUTOPLASTIQUES

DANS

LA CURÉ RADICALE DE L'OTORRHÉE

Président : M. SEGOND, professeur.

Juges : { MM. HARTMANN, professeur.

LEGUEU et MAUCLAIRE, agrégés.

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

10, Rue de Vaugirard, 10 (près l'Odéon)

(Anciennement : 26, rue Monsieur-le-Prince)

1909

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

	Doyen	M. LANDOUZY
	Professeurs	MM.
Anatomie.		NICOLAS.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale.		GARIEL.
Chimie organique et chimie générale.		GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.
		BRISSAUD.
Pathologie médicale		DEJERINE.
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		PIERRE MARIE.
Histologie.		PRENANT.
Operations et appareils		HARTMANN.
Pharmacologie et matière médicale.		POUCHET.
Thérapeutique		GILBERT
Hygiène		CHANTEMESSE
Médecine légale.		THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		CHAUFFARD.
Pathologie expérimentale et comparée.		ROGER.
		HAYEM.
Clinique médicale.		DIEULAFOY
		DEBOVE.
		LANDOUZY.
		HUTINEL.
Maladies des enfants		GILBERT BALLET
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.		GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.		PIERRE DELBET.
		QUENU.
Clinique chirurgicale.		RECLUS.
		SEGOND.
Clinique ophtalmologique.		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.		ALBARRAN.
		PINARD.
Clinique d'accouchements		BAR.
		RIBEMONT-DES-SAIGNES.
Clinique gynécologique		POZZI.
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON.
Clinique thérapeutique		A. ROBIN.
Agrégés en exercice.		
MM.		
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY
BESANÇON (FERN.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MACAIGNE
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD
CARNOT	JEANSELME	MARION
CASTAIGNE	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN
CLAUDE	LABBE (MARCEL)	MULON
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX
		NOBÉCOURT
		OMBREDANNE
		POTOCKI
		PROUST
		RENON
		RICHAUD
		RIEFEL
		SICARD
		ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LEMOINE

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ DE LILLE

MONSIEUR ANDRÉ PETIT

MÉDECIN DE L'HÔTEL-DIEU

MONSIEUR HUMBERT

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE PARIS

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL RICORD

MONSIEUR MAYGRIER

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ

ACCOUCHEUR DE LA CHARITÉ

MONSIEUR LERMOYEZ

MÉDECIN DE SAINT-ANTOINE (*Externat 1907*)

MONSIEUR SEBILEAU

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

CHEF DU SERVICE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE

DE L'HÔPITAL LARIBOISIÈRE

(*Externat 1908-1909*).

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL SEGOND

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CHIRURGIEN DE LA SALPÊTRIÈRE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

INTRODUCTION

La plupart des suppurations chroniques de la caisse du tympan, au moins celles qui ne sont compliquées ni d'ostéite pariétale, ni d'ostéite ossiculaire, ni de cholestéatome, et qui s'évacuent par une large perforation de la membrane, guérissent par l'emploi de ce que nous avons coutume d'appeler, en spécialité, « les pansements méthodiques ».

Lorsque le drainage s'opère mal, ou bien encore lorsque existent des lésions des osselets, particulièrement des lésions de cette partie des osselets qui se cache derrière le mur de la logette, dans la sus-cavité tympanale, les pansements méthodiques n'aboutissent à la guérison qu'à la condition d'être précédés d'une petite opération qui du même coup donne un large accès dans la caisse et supprime les causes de la suppuration : nous avons nommé l'ossiculotomie.

Mais quand aux lésions des osselets se sont ajoutées des lésions pariétales de l'attique ; quand surtout, du cholestéatome est né dans les cavités infectées, il arrive

que ni les pansements méthodiques, ni l'extirpation des osselets ne tarissent la suppuration. On est alors obligé de recourir à ce que l'on appelle la cure radicale de l'otorrhée ou évidemment pétro-mastoïdien.

En quoi consiste l'opération ?

Simplement à détruire par la trépanation la paroi externe de l'antre, de l'aditus, et de l'attique de manière à faire de ces trois cavités et de la caisse du tympan une seule et même cavité largement ouverte en dehors, soit — suivant le procédé de restauration qui termine l'acte opératoire — en arrière du pavillon, soit dans la conque même du pavillon, comme dans une sorte de conduit auditif largement béant.

Mais cette cure radicale se pratique dans deux conditions différentes : sur des malades atteints de simple suppuration chronique de la caisse sans aucune complication infectieuse du côté de la mastoïde ; ou bien sur des malades atteints au cours de leur otorrhée d'une réaction inflammatoire plus ou moins vive de la mastoïde.

On conçoit ainsi, que, suivant les cas, la cure radicale doive s'accompagner ou non d'évidement pétreux et mastoïdien ; aussi, comme dit notre maître Sebileau, rien n'est-il plus mauvais et ne prête-t-il plus à confusion que cette expression d'évidement pétro-mastoïdien que l'on a coutume d'appliquer à la cure chirurgicale de l'otorrhée.

Qu'a-t-on sous les yeux, lorsque l'on vient de pratiquer cette cure radicale ?

Une cavité dont les limites sont :

En haut, le toit de la caisse et de l'antre.

En bas, le plancher de la caisse, la partie la plus déclive de la mastoïde, et entre les deux, l'éperon du massif facial.

En avant, la paroi antérieure de la caisse et l'orifice tubaire.

En arrière, la paroi postérieure de l'antre et souvent la loge osseuse du sinus latéral.

En dedans, la paroi interne de la caisse, de l'attique et de l'antre.

En dehors, un entonnoir très évasé.

Par quel processus, cette cavité, quand la suppuration sera tarie, va-t-elle faire sa réparation anatomique ?

Trois processus interviennent :

L'épidermisation directe ;

Le bourgeonnement ;

L'épidermisation sur bourgeonnement.

L'épidermisation directe doit se faire au niveau de la paroi interne de la caisse.

Le bourgeonnement vient combler les cellules mastoïdiennes et l'antre, ce qui réduit considérablement la plaie opératoire.

L'épiderme néoformé au niveau de la caisse vient alors recouvrir les nouvelles productions. La guérison est obtenue relativement vite lorsque toute cause d'infection secondaire a été soigneusement écartée et, à ce point de vue, si la propreté chirurgicale avec laquelle sont faits les pansements est chose capitale, il est un point non moins important : nous voulons parler de l'infection pharyngée par voie tubaire.

Il faut curetter soigneusement la trompe d'Eustache,

moins pour détruire les petites cellules péri-tubaires souvent infectées, que pour faciliter la production de bourgeons charnus susceptibles d'obturer définitivement la trompe, d'empêcher toute communication avec le pharynx.

Mais comment surveiller la plaie opératoire tout en conservant à l'oreille sa morphologie normale ; comment appliquer les parties molles (peau, cartilage, conduit, etc.) sur la cavité osseuse ; comment, en un mot, pratiquer l'autoplastie ?

Cette question de l'autoplastie dans la cure radicale de l'otorrhée divise depuis longtemps les spécialistes : les uns pensent et surveillent la cavité opératoire par la voie rétro-auriculaire ; les autres, par le méat ; d'autres enfin, éclectiques par la voie rétro-auriculaire d'abord, par le méat ensuite.

Ce sont ces divers procédés d'autoplastie que nous nous proposons d'étudier ici ; nous désirons plus particulièrement décrire la méthode préconisée par notre maître Sébilleau et nous montrerons par une série d'observations prises dans le service de Lariboisière pendant les deux années que nous venons d'y passer, les résultats excellents à tous les points de vue que donne cette méthode autoplastique.

Nous tenons à remercier ici notre maître, M. SEBILLEAU, de la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée ; nous conserverons le meilleur souvenir de ses leçons et de ses conseils et nous le prions d'agréer l'hommage de notre respectueux dévouement.

M. le D^r LOMBARD, laryngologiste des hôpitaux, MM. les D^{rs} LEMAITRE et GIBERT, assistants du service, ont bien souvent mis, avec la plus parfaite obligeance, leur expérience à notre disposition. Nous les en remercions bien sincèrement, et nous ferons appel, dans notre pratique journalière, le plus que nous pourrons, aux conseils qu'ils nous ont donnés.

DIVISION

I. — Procédés autoplastiques employés en vue d'obtenir une ouverture rétro-auriculaire, permanente ou permettant la fermeture tardive de cet orifice.

II. — Procédés compatibles avec la fermeture immédiate de la plaie rétro-auriculaire.

III. — Critique de ces différents procédés.

IV. — Méthode autoplastique de M. le professeur Sebilleau. Ses avantages par comparaison avec les autres méthodes.

V. — Observations et photographies.

CHAPITRE PREMIER

1° Procédés d'ouverture rétro-auriculaire
permanente.

2° Procédés destinés à la fermeture tardive
de cet orifice.

L'on a ici à s'opposer à la tendance naturelle qu'a toute plaie à se fermer, et d'autre part à hâter le travail d'épidermisation. Tous les procédés que nous allons décrire ont pour but de réaliser ces deux conditions en introduisant dans le champ opératoire des lambeaux de peau empruntés au voisinage et qui s'opposent d'abord à la réunion des lèvres de la plaie, ensuite amorcent l'épidermisation.

Procédé de Kretschmann

Décrit en 1894 dans un article de *Arch. f. Ohrenheilk.*
Bd. XXXVII.

TECHNIQUE. — On fait parallèlement au bord postérieur de la plaie rétro-auriculaire une incision de cinq

centimètres de haut, sans entamer le périoste. Du milieu de cette incision, on en fait partir une seconde perpendiculaire au bord postérieur de la plaie. On a ainsi deux lambeaux, l'un à base supérieure, l'autre à base inférieure ; on les dissèque et on les rabat dans la plaie opératoire le plus profondément possible, en évitant qu'ils se touchent. La surface périostée dénudée se cicatrise et bourgeonne rapidement. (PL. I. *Fig.* 1).

Modification de Luc. — Frappé des inconvénients qui peuvent résulter de deux lambeaux cutanés trop courts, Luc fait partir son incision de l'extrémité supérieure de la plaie opératoire et la termine à 1 centimètre de l'extrémité inférieure de cette plaie.

Il a ainsi un lambeau triangulaire à base inférieure qu'il refoule par pansement. (PL. I. *Fig.* 2).

Méthode de Passow

Passow a donné une description de sa méthode en 1895 et en a publié une modification en 1898 (*Sur l'ouverture rétro-auriculaire après la cure radicale de l'otite moyenne suppurée chronique*) *Zeitschrift f. Ohrenheilk.* XXXII.

Nous en donnons la traduction, renvoyant pour la compréhension de la description aux deux planches publiées dans la brochure :

« **TECHNIQUE.** — Incision cutanée convexe commençant à 2 centimètres du pavillon (*fig.* 1) sur le bord postérieur de la mastoïde et descendant obliquement en arrière et en dedans, jusqu'à hauteur du sommet de la mastoïde.

Planche I

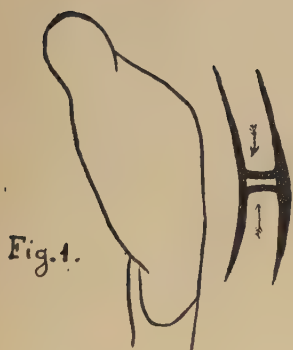


Fig. 1.



Fig. 2.

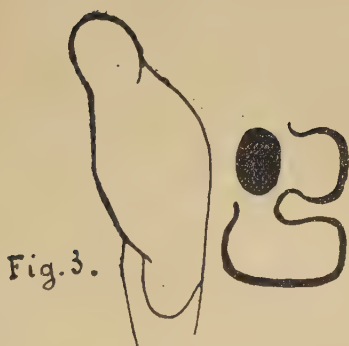


Fig. 3.



Fig. 4.



Fig. 5.



Fig. 6.

A. MICHALON *Editeurs.*

PARIS.

CHALELAIN

Cette incision remonte à 1 centimètre au-dessus de la ligne temporale. La peau est ensuite mobilisée d'arrière en avant jusqu'au pavillon. Décollement du périoste jusqu'au ras du pavillon et jusqu'à la pointe de la mastoïde (fig. 2) puis excision de ce périoste. Dissection des parois supérieure et postérieure du conduit auditif externe. Traction en avant avec des crochets. Le champ opératoire est alors complètement libre et l'on pénètre dans la caisse.

« Une fois l'opération dans le tissu osseux terminée, je débride le conduit auditif externe aussi bas que possible jusqu'au cartilage de la conque (fig. 3, *b*, *c*). Grâce à une seconde incision perpendiculaire au milieu de la première (jusqu'en *d*) je forme deux lambeaux que je dissèque avec les ciseaux ; je rabats le premier en haut et je le suture par son bord antérieur (fig. 4, *d*, *c*) avec la lèvre antérieure de la plaie rétro-auriculaire. Le second lambeau constitué aux dépens du conduit auditif externe est suturé de même avec la moitié inférieure de la lèvre antérieure de la plaie rétro-auriculaire (fig. 4). Comme ce lambeau est très petit, la suture amène dans l'entonnoir une grande quantité de peau. Je forme ensuite un nouveau lambeau quadrangulaire en prolongeant l'incision primitive depuis *e* jusqu'en *f* (fig. 4) et en faisant tomber sur elle l'incision *f g*. La largeur de ce lambeau varie suivant la surface de la plaie que l'on veut recouvrir et la longueur donnée à l'incision *f g* (ligne ponctuée *g g'*). Pour éviter une cicatrice visible sur le cou, l'incision *c f* ne doit pas dépasser le bout inférieur du pavillon de l'oreille.

« Après la mobilisation des lambeaux cutanés, la perte de substance est facilement réparée par la suture (fig. 5 et 6). Le bord antérieur *j f* du lambeau relevé en haut est réuni avec la lèvre postérieure de la plaie (fig. 5 et 6), le tamponnant du côté du conduit auditif, le lambeau supérieur est poussé au contact de l'os. Le lambeau quadrangulaire est refoulé dans la profondeur à l'aide d'une sonde en forme d'épieu et maintenu dans sa situation par le tamponnement. »

CRITIQUE. — L'auteur reconnaît lui-même que la description est compliquée, mais il dit qu'avec un peu de pratique on peut arriver à la réaliser en 12 ou 15 minutes.

L'ouverture rétro-auriculaire est ovale, presque en forme de fente, mais en rabattant en avant le pavillon de l'oreille, on l'élargit paraît-il considérablement.

Procédé de Stacke

Taille d'un lambeau exclusivement cutané à base supérieure, introduit dans la cavité pour en revêtir le tout. Au-dessous, taille d'un lambeau exclusivement périostal dont l'extrémité libre est sous-jacente au premier au niveau de la ligne temporale et dont la base s'étend aux insertions du sterno-mastoïdien. Refoulement de ce deuxième lambeau sur le plancher de la cavité.

2° PROCÉDÉS POUR LA FERMETURE TARDIVE DE L'ORIFICE RÉTRO-AURICULAIRE.

Supposons que par l'une des méthodes précédemment exposées, la cavité ait été épidermisée : il restera derrière l'oreille un orifice assez vaste, en tous cas anormal et dont le patient demande généralement l'occlusion. Les auristes se sont ingénies de différentes façons à donner à leur opéré cette légitime satisfaction. Nous allons exposer rapidement leurs différents procédés.

Suture des bords après avivement.

Ce procédé consiste à tailler autour de la plaie une fine collerette de tissu cicatriciel et à rapprocher par suture les bords avivés. Ce procédé est peut-être pratique pour les cavités de petite dimension, mais pour les cavités de grande surface, il est nécessaire de décoller à la rugine les tissus sous-jacents de façon à avoir un accollement plus exact. Il faut, de plus, admettre que le pavillon de l'oreille est assez souple pour être tiré en arrière, ce qui n'est pas toujours le cas.

PROCÉDÉS PAR TAILLE DE LAMBEAUX

Procédé de Stacke

On dessine en arrière de l'orifice un lambeau cutané de même forme et de même grandeur tangent au bord postérieur de l'orifice. On rabat ce lambeau autour de

son pédicule, après l'avoir détaché de la surface mastoïdienne et en présentant sa surface cutanée du côté de la plaie opératoire. Le pourtour de l'orifice rétro-auriculaire est avivé et les parties en contact suturées. Puis, en dessous de l'orifice, on taille un deuxième lambeau dont la surface est égale aux surfaces de l'orifice et du premier lambeau réunis. On le rabat en le tournant autour de son axe de façon à présenter son épiderme en dehors, et on suture son bord antérieur au bord antérieur de l'orifice rétro-auriculaire, son bord postérieur au bord postérieur de la plaie produite par le premier lambeau.

Il reste alors à la partie inférieure de l'orifice une vaste surface dénudée qui se sépare par bourgeonnement. (Pl. I. Fig. 3).

CRITIQUE. — Il faut faire attention que le premier lambeau ne contienne pas de cheveux qui plus tard pousseraient dans la cavité : de plus, cette taille de divers lambeaux est d'une exécution peu facile.

Procédé Mosetig Moorhof

Ce procédé est décrit par Mosetig sous le nom : « *Occlusion autoplastique des pertes de substance osseuse de l'apophyse mastoïde au moyen de lambeaux cutanés renversés et dépourvus de leur épiderme* » (Centralb. f. Chirurgie, 1898, n° 46, 4 figures).

TECHNIQUE. — On dessine au-dessous de l'orifice un lambeau de même taille et de même forme et on délimite ce lambeau par deux incisions concentriques, sauf à sa partie supérieure autour de laquelle on le fera

tourner. Ces incisions délimitent une bande d'épiderme que l'on enlève, de manière à avoir autour du lambeau une circonférence avivée. On libère ensuite le lambeau en conduisant le bistouri à plat jusqu'au bord inférieur de la cavité, auquel il reste attaché par son pédicule. Autour de l'orifice, on glisse le bistouri à plat entre la peau et la paroi osseuse ; on renverse le lambeau de bas en haut, la face cutanée regardant en dedans et son bord avivé répondant au pourtour de la cavité ; on insinue la lèvre du lambeau dans la rainure qui circonscrit le bord de la cavité, comme on sertirait un verre de montre et l'on fixe par quatre points de catgut.

Il reste deux surfaces à vif. Celle où a été pris le lambeau est recouverte en sertissant ses deux bords après les avoir décollés. Quant à la peau cruentée du lambeau elle se cicatrise par bourgeonnement. (Pl. I. *Fig.* 4).

CRITIQUE. — Il faut un véritable talent opératoire pour sertir le lambeau dans la rainure ; il reste une cicatrice sur le cou ; le pavillon de l'oreille abaissé depuis l'évidement ne se relève pas.

Procédé Passow-Trautmann

Ce procédé a été imaginé par Passow et modifié par Trautmann.

TECHNIQUE. — Deux incisions verticales sont faites au niveau des pôles supérieur et inférieur de l'orifice. Deux incisions semi-circulaires, l'une antérieure, l'autre postérieure réunissent les deux premières. L'incision postérieure traverse le périoste, l'incision anté-

rieure va jusqu'au périchondre ; en arrière, le lambeau cutané périostique est détaché à la rugine et refoulé vers la cavité mastoïdienne. En avant, le lambeau cutané est disséqué au bistouri.

En arrière de la demi-circonférence postérieure les téguments mastoïdiens seront décollés à la rugine de façon à mobiliser plus facilement cette lèvre pour la usture. Les deux lambeaux sont rabattus, épiderme en dedans, dans la plaie et suturés avec une forte aiguille coudée. On rapproche ensuite les deux lèvres externes de la plaie par une suture au crin de Florence. (Pl. I. Fig. 5).

CRITIQUE. — Les procédés de Passow et Trautmann corrigent la chute du pavillon, mais l'affrontement des lambeaux profonds pour la disposition des sutures est difficile.

Pour les réaliser, il faut décoller dans une certaine étendue la peau qui tapisse l'entrée de la cavité osseuse, ce qui n'est passans inconvénients, dans les cas où l'on a affaire à des entonnoirs ayant près de 2 centimètres de diamètre.

Précédé de Lermoyez-Mahu

Communication à la Société d'otologie du 3 mai 1901, publiée dans les *Annales des maladies de l'oreille et du larynx* (1901, I, p 501).

TECHNIQUE. — 1° A la partie postérieure de l'orifice, sur la mastoïde et sans attaquer le périoste, deux inci-

sions concaves et tangentes, l'une au bord supérieur, l'autre au bord inférieur de l'orifice.

2° A un demi-centimètre du bord postérieur de l'orifice, incision verticale que l'on raccorde avec les précédentes de manière à former les trois côtés d'un trapèze. On décolle le lambeau et on le rabat en volet en avant de la cavité. L'on a ainsi une première surface avivée environ égale au double de l'aire comprise entre les trois incisions et le bord postérieur de l'orifice.

3° A la partie antérieure de l'orifice, on dessine sur la face postérieure du pavillon un quadrilatère complet à angles arrondis et dont les petits côtés obliques inférieurs et supérieurs viendront se joindre exactement aux côtés du trapèze postérieur.

On détache complètement le lambeau de peau ainsi obtenu, car il est inutile.

4° Le rapprochement forcé des surfaces cruentées et leur maintien en contact exigeant une traction énergique du pavillon en arrière, il en résulterait que les points de suture tiraileraient et couperaient la peau surtout sur le pavillon où elle est mince.

Pour obvier à cet inconvénient, on pratique en plein cuir chevelu, à 15 millimètres du tracé postérieur, une incision oblique qui permettra au tégument mastoïdien une certaine laxité et se prêtera mieux au rapprochement.

5° On rabat le pavillon en arrière et on affronte exactement les lignes d'incision cutanées à l'aide de quelques points au crin de Florence. (Pl. I. *Fig.* 6).

CRITIQUE. — Ce procédé a été modifié par Fournier

(*Marseille médical* 1905). Il déclare remédier aux inconvénients de la méthode de Lermoyez en supprimant tout tiraillement au niveau des sutures, en supprimant l'incision du cuir chevelu, et en maintenant largement ouvert le conduit auditif.

Procédé de G. Laurens

Laurens emploie le procédé de Passow ; mais lorsque les téguments du pourtour de l'orifice sont minces et susceptibles de donner des lambeaux de mauvaise qualité, il emploie le procédé suivant (*Chirurgie oto-rhino-laryngologique* p. 254) :

Il taille sur la face postérieure du pavillon, région peu apparente et où la cicatrice est peu gênante, un lambeau ayant la forme de l'orifice, et dont le pédicule correspond au bord antérieur de ce dernier. Il renverse ensuite le lambeau en arrière, de façon que sa face épidermique soit dirigée en dedans.

Ensuite, avivement des deux tiers postérieurs de la circonférence de l'orifice, et affrontement des deux bords cruentés par deux sutures au crin de Florence. Il reste deux surfaces sanglantes, que l'on recouvre de greffes épidermiques ou qui se cicatrisent par bourgeonnement.

*
* *

Nous avons fait à propos de chacun de ces procédés les critiques dont ils sont susceptibles.

Nous dirons plus loin ce que nous pensons de la méthode autoplastique secondaire en général.

CHAPITRE II

Procédés compatibles avec la fermeture immédiate de la plaie rétro auriculaire.

Lorsque l'on se propose de fermer immédiatement la plaie rétro-auriculaire, la paroi postérieure du conduit membraneux empêche le regard de pénétrer par le méat dans la cavité évidée. Les auristes se sont ingénies de différentes façons à parer à cet inconvénient, les uns se contentant d'utiliser les parties gênantes en taillant des lambeaux à leur détriment, les autres en les réséquant purement et simplement.

Nous allons passer en revue ces différentes méthodes, nous réservant de décrire dans le chapitre suivant la méthode employée par M. le professeur agrégé : ebileau.

1^{re} *Méthodes procédant par taille de lambeaux aux dépens du conduit seul.* — Dans ces procédés on se propose d'abord d'assurer une longue communication entre le conduit et l'antre, ensuite de concourir à l'épidermisation des cavités en introduisant à leur intérieur des lambeaux qui serviront d'amorce.

Dans ces procédés du plastique, il est des conditions nécessaires. Il faut que la paroi postérieure du conduit osseux soit largement abattue, de façon que les lambeaux puissent facilement être étalés dans la brèche osseuse; il faut que ces lambeaux soient suffisamment souples et pour obtenir ce résultat on peut réséquer sur leur face postérieure une quantité plus ou moins considérable de tissu cellulo-adipeux, et même si cela est nécessaire, enlever le cartilage. On termine par la suture des lambeaux aux points voisins.

Comme dans le chapitre précédent, nous exposerons à propos de chacun de ces procédés les critiques dont ils ont été l'objet.

Procédé de Stacke

Stacke exposa sa méthode à Halle en 1891. (*Berlin. Klin. Wochens.*, n° 4).

TECHNIQUE. — On taille aux dépens de la paroi postérieure du conduit un volet rectangulaire unique à charnière postéro-inférieure (PL. II. *Fig. 1*).

Pour cela, on introduit dans le conduit une pince à disséquer, dont les branches, disposées l'une en avant, l'autre en arrière, le distendent en l'écartant; puis avec un bistouri pointu, on incise sur la ligne médiane la paroi supérieure du conduit. On substitue à la pince le doigt introduit dans le méat, et laissant le bistouri en place on lui fait faire une rotation en arrière et en bas de 90°; on sectionne au ras de la conque l'insertion

du conduit au pavillon d'avant en arrière et de haut en bas jusqu'à sa partie inférieure. On a ainsi constitué, aux dépens du conduit membraneux un volet rectangulaire à base inférieure. On rabat ce volet et il vient se placer sur le plancher de la cavité opératoire.

CRITIQUE. — Il faut que le lambeau soit suffisamment large et pour cela il est nécessaire d'inciser la paroi supérieure du conduit le plus en dehors possible.

Il faut que les lambeaux du cartilage adhérent soient soigneusement enlevés, car on risque de voir se développer des foyers de périchondrite circonscrite.

Procédé de Panse

Ce procédé se propose de former deux volets avec charnières supérieures et inférieures.

TECHNIQUE. — On incise longitudinalement la paroi postérieure du conduit sur la ligne médiane et jusqu'à la conque. A ce niveau on mène deux incisions verticales perpendiculaires à la première, chacune de 1 centimètre de hauteur. On a ainsi deux lambeaux, le premier s'appliquant sur la voûte de l'aditus, le second sur le massif du facial. (PL. II. *Fig.* 2).

CRITIQUE. — Mouret fait justement remarquer que le lambeau supérieur tend à tomber par son propre poids et s'applique moins bien sur la voûte osseuse que ne le fait le lambeau inférieur sur le plancher. Panse lui-même avoue, qu'avec son procédé le voisinage de la

trompe reste souvent caché; or, c'est précisément là que l'épidermisation est le plus souvent défectueuse.

Procédé de Botey

C'est en 1898 que Botey publia les trois premiers cas d'autoplastie d'après son procédé (*Archiv. f. Ohrenheilk*, XLV).

La technique, extrêmement simple consiste en une simple fente du conduit membraneux à sa partie supérieure et antérieure et sur toute sa longueur. On obtient ainsi un agrandissement du méat tel que l'on peut y introduire la première phalange de l'index. Pour éviter la sténose et appliquer le conduit, il introduit dans le méat un cône en maillechort légèrement aplati sur le côté antérieur, à paroi criblée de trous.

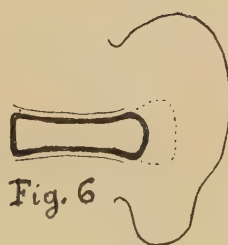
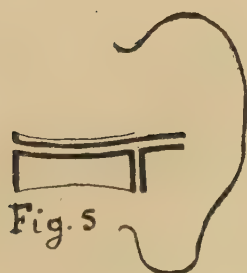
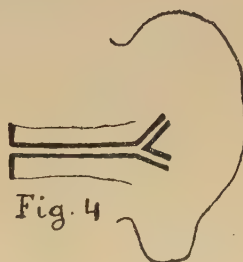
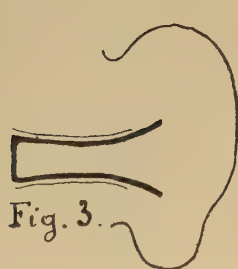
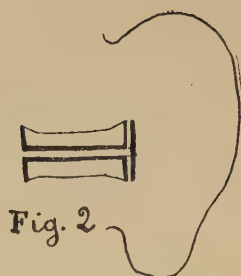
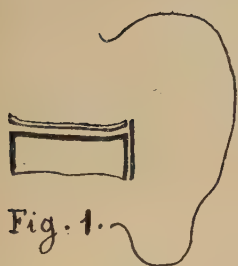
2^o Taille de lambeaux aux dépens du conduit et de la conque.

Procédé de Kœrner

Kœrner a décrit ce procédé dans son livre : *Les inflammations du temporal*.

TECHNIQUE. — Ce procédé consiste à former aux dépens de toute la paroi postérieure du conduit et d'une partie de la conque un lambeau unique à base externe. On pratique sur la paroi supérieure du conduit et sur la paroi inférieure deux incisions longitudinales qui empiètent un peu sur la conque. On a ainsi un lambeau

Planche II



A. MICHALON . *Editeur.*

PARIS.

que l'on refoule par tamponnement en arrière sur la plaie osseuse. Si le lambeau est épais on l'amincit à sa partie postérieure en enlevant du tissu conjonctif, voire même du cartilage s'il est nécessaire. La plaie postérieure est ensuite suturée sauf sur une étendue de un centimètre à la partie médiane. (PL. II. *Fig.* 3).

CRITIQUE. — Ce procédé a le grand avantage de ne pas déformer le méat, le conduit ainsi fendu pouvant être élargi par l'introduction d'un speculum du nez que l'on ouvre progressivement.

Mais on a observé souvent des cas de périchondrite, peut-être parce que le lambeau est insuffisamment nourri à cause de la minceur du pédicule.

D'autre part, Siebenmann déclare qu'il a constaté souvent un rétrécissement considérable de l'entrée du conduit.

Procédé de Grivot

M. le Dr Grivot emploie un procédé qui est une modification du procédé de Kørner. Il taille deux incisions longitudinales à l'union des parois supérieure-postérieure, et inférieure-postérieure. Ces incisions n'empiètent en aucune façon sur la conque. Le lambeau à base externe, au lieu d'être refoulé dans la cavité est suturé par sa base à la partie postérieure de la plaie mastoïdienne. Les pansements se font par le méat que l'on peut élargir à l'aide d'un spéculum du nez.

Procédé de Siebenmann

Siebenmann présenta sa méthode en 1898 sous le nom de « Résection cartilagineuse ; modification du procédé de Kœrner pour l'opération du cholestéatome ».

TECHNIQUE. — Incision du conduit membraneux dans toute sa longueur en suivant le milieu de la paroi postérieure ; arrivé au seuil de la conque, dit l'auteur, je dessine les lambeaux par deux lignes divergentes obliques qui vont jusqu'à l'anthélix. La plus élevée de ces deux incisions va jusqu'à un petit tubercule que l'on sent sur l'hélix ; l'inférieure est descendante, mais assez proche de l'horizontale ; l'angle compris entre les deux incisions a une ouverture qui dépend des dimensions du cholestéatome. On a ainsi un Y déterminant trois lambeaux : l'externe répond à la conque, le supérieur et l'inférieur au conduit membraneux. (PL. II. *Fig. 4*).

Modification de Luc. — Luc fait la première incision à la région postéro-supérieure ; de plus, au lieu des deux incisions divergentes de la conque, il fait l'incision supérieure horizontale, prolongeant la première, l'incision inférieure perpendiculaire (PL. II. *Fig. 5*).

D'où deux lambeaux : un volet triangulaire constitué par la paroi postérieure du conduit et un petit lambeau triangulaire taillé aux dépens de la moitié inférieure de la conque. Par son poids, le premier vient recouvrir la plus grande partie du plancher de la cavité opératoire,

tandis que le second fixé aux parties molles voisines assure le revêtement de ce qui reste à épidermiser.

CRITIQUE. — On a reproché au procédé de Siebenmann de constituer un méat gigantesque; cela est exact seulement, comme le dit très justement l'auteur, dans les cas du cholestéatome très étendu. Pour les cas de péri-chondrites reprochés par Trautmann, ils sont niés par Luc et Siebenmann, qui accusent, à juste titre semble-t-il, le défaut d'asepsie, plutôt que le procédé lui-même.

Procédé de Goris

Goris taille aux dépens de la peau de la face postérieure du pavillon un lambeau dont la couche cruentée est appliquée dans la brèche osseuse et par-dessus laquelle la lèvre antérieure de la plaie du pavillon est insérée immédiatement au bord postérieur de l'incision mastoïdienne.

Procédé de Moure

Moure après avoir pratiqué longtemps la résection de la paroi postérieure du conduit, emploie maintenant rarement ce procédé d'après ce qu'il ressort de la thèse faite par son élève Hartmann. Voici comment il procède: Quand la cavité est petite, il se borne à fendre la paroi postérieure du conduit jusqu'à la conque et suture chacun des deux lambeaux en haut et en bas de la plaie opératoire. On panse par le conduit. (PL. II. *Fig.* 6).

Quand la cavité est considérable, il fend le conduit jusque dans la conque en allant plus ou moins loin, suivant qu'il veut avoir des lambeaux plus ou moins volumineux. Le cartilage de la conque est ensuite sectionné et l'on donne à l'incision une forme arrondie. On enlève sur la face postérieure de chacun des matelas du tissu conjonctif afin de les amincir et on les suture en haut et en bas aux parois latérales. On fait ensuite la réunion immédiate de la plaie rétro-auriculaire et pansement à la gaze iodoformée.

MÉTHODES PROCÉDANT PAR RÉSECTION.

Parmi les partisans de la réunion immédiate de la plaie rétro-auriculaire, quelques-uns pensèrent que la taille des lambeaux aux dépens du conduit et de la conque, n'offrait pas d'avantages marqués, mais était une complication de l'opération que l'on pourrait éviter. Aussi Zaufal, Delsaux, Moure eurent l'idée de réséquer purement et simplement la paroi postérieure du conduit, supprimant ainsi la perte de temps que nécessite la taille des lambeaux et obtenant par le méat un jour suffisant pour la surveillance de la cavité opératoire.

Procédé de Zaufal

Cette méthode fut exposée à Prague en 1890 et développée en 1894 (*Arch. f. Ohrenheilk*, 37). Zaufal incise la

demi-circonférence postérieure du conduit au niveau de son point d'union avec le pavillon ; puis, avec un bistouri introduit jusqu'au tympan, il traça de dedans en dehors deux incisions parallèles, l'une à l'union des parois antérieure et supérieure du conduit, l'autre à l'union des parois postérieure et inférieure. Il a ainsi un lambeau qu'il enlève à la pince.

Procédé de Delsaux

Delsaux introduit dans l'oreille un gros spéculum fendu dans le sens de la longueur. Puis, s'en servant comme d'une sonde cannelée, il fend le conduit du tympan à la conque. A l'aide de ciseaux droits, il taille un lambeau inférieur à sommet partant du tympan et à base répondant au méat ; il enlève ce lambeau à la pince. Il en taille ensuite un supérieur, triangulaire aussi, qu'il enlève de la même façon.

*
* *

Critique générale des divers procédés autoplastiques étudiés dans les chapitres précédents

Nous avons dit que les auristes étaient divisés en deux camps sur la question de savoir si la plaie rétro-auriculaire devait rester ouverte ou être suturée immédiatement. Nous devons dire tout d'abord que notre maître se range résolument parmi les partisans de la suture immédiate. En France, Moure, Luc, Mouret, pour ne citer que les principaux sont du même avis ; à

l'étranger, Delsaux, Zaufal qui qualifie énergiquement la plaie rétro-auriculaire de hideuse, Passow, Panse, Siebenmann, Botey, se sont faits les ardents défenseurs de cette idée. Tous adressent, aux procédés autoplastiques tardifs ou à l'ouverture permanente les mêmes griefs.

Nous allons les énumérer :

1° *L'épidermisation de la cavité opératoire se produit plus lentement qu'avec l'autre méthode.*— Nous n'avons, pour contrôler cette assertion, qu'à nous reporter à la thèse de Daguet, inspirée par Broca, partisan résolu de l'ouverture permanente. Daguet, après une statistique relevée dans le service des Enfants-Malades, déclare que dans les cas favorables, cinq mois, huit mois, sont nécessaires à l'épidermisation. « Nos évidés, dit-il, demandent six mois de traitement au moins, et nous en connaissons qui ont été pansés un an ou dix-huit mois. »

Constatons que, pendant ce temps, le malade est obligé de venir régulièrement aux pansements, qui en général, peu agréables pour tous, patients et médecins, sont, d'autre part, la cause d'une perte de temps appréciable, pour l'ouvrier obligé de gagner sa vie.

2° *La durée du traitement augmente les dangers d'infection.* — Il est évident que la multiplicité des pansements multiplie les chances d'infection. D'autre part, les cheveux ne tarderont pas à repousser ; ils viennent tomber dans la plaie rétro-auriculaire infiniment plus mal protégée que l'orifice du méat, qui lui est naturel.

3° *La persistance d'une ouverture rétro-auriculaire est*

un inconvénient au point de vue esthétique et social. —
Lermoyez, quoique éclectique et préférant généralement la fermeture tardive à la fermeture immédiate, a décrit avec humour la situation fâcheuse où se trouve le radicalisé. « On est frappé, dit-il, de l'aspect disgracieux de la région auriculaire et la mutilation du malade ne manque pas d'attirer l'attention. Le patient y met un bouchon d'ouate, ce qui n'en attire que plus encore la curiosité du public, lequel se demande par quel mystère du coton peut sortir de l'oreille en cet endroit. Les femmes ont au moins la ressource d'adopter une coiffure qui recouvre l'oreille : mais vienne le moment inévitable où le bandeau sera soulevé, l'histoire de l'oreille devra une fois de plus être racontée. »

L'on nous dira que l'orifice peut se rétrécir au point d'avoir les dimensions d'un pois ; malheureusement, dans beaucoup de cas il n'en est pas ainsi, et même très réduit, l'orifice est toujours visible et disgracieux, ainsi que nous l'avons constaté chez des malades pansés par la voie rétro-auriculaire.

Ce qui n'est qu'un inconvénient pour les malades aisés devient une gêne redoutable pour les ouvriers, pour les employés, qui eux, auront beaucoup de difficultés à trouver ou à garder une place, étant donné les suppositions stupides certes, mais journalières, que l'on fait sur l'état de leur santé.

Hermann, élève de Moure, et par conséquent, partisan de la réunion immédiate, accuse encore d'autres méfaits l'ouverture permanente ; il signale, par exemple, l'exis-

tence de vertiges par suite de l'arrivée trop brusque de l'air sur l'étrier mal protégé.

Tels sont les reproches que l'on peut adresser à la voie rétro-auriculaire ; ils sont assez nombreux et suffisamment graves pour déconseiller la méthode.

Il est vrai que l'on peut, le malade étant guéri, pratiquer une autoplastie secondaire qui ferme définitivement la brèche provisoirement créée derrière l'oreille. Théoriquement, voilà qui est parfait ; en pratique, les choses ne vont pas ainsi. Dans l'immense majorité des cas, le patient qui a goûté une première fois du fer du chirurgien, se sent peu d'enthousiasme pour s'y soumettre une deuxième fois. Cela est tellement vrai, que sur les 65 observations prises par Daguët dans le service de Broca, deux seulement concernent des autoplasties secondaires ; les autres malades débarrassés enfin de leurs pansements ont préféré ne plus reparaître et cela se conçoit aisément.

Il semble donc que la réunion rétro-auriculaire immédiate doive être pratiquée toutes les fois que cela est possible.

Mais ici encore, plusieurs méthodes sont en présence, et nous dirons de suite de quels reproches sont susceptibles les procédés à lambeaux. La taille du lambeau est toujours assez délicate et nécessite un certain temps ; d'autre part, les lambeaux, loin de servir d'amorce à l'épidermisation, comme c'est leur but, servent surtout d'amorcé à la suppuration en développant des foyers de périchondrite, accident relaté dans de nombreuses observations ; sans aller jusque-là, le lambeau macère

souvent dans la cavité et y entretient une suppuration interminable.

M. Sébilleau, tout en suturant immédiatement la plaie rétro-auriculaire, a su éviter à la fois les inconvénients de la fermeture tardive et les inconvénients des méthodes à lambeaux.

MÉTHODE AUTOPLASTIQUE DE SEBILEAU

Nous avons indiqué, dans un chapitre précédent, que Zaufal, rejetant lui aussi la méthode par lambeaux, avait préconisé la résection de la paroi postérieure membraneuse du conduit. Pourquoi, en effet, puisque cette paroi constitue l'obstacle gênant à la surveillance de la cavité évidée, porter toute son ingéniosité à le diviser en un nombre plus ou moins grand de lambeaux qui refoulés dans la cavité ou suturés amorceraient l'épidermisation. Ce dernier avantage étant loin d'être prouvé, il était naturel de simplifier le temps opératoire en pratiquant la résection ; mais pourquoi s'arrêter en chemin et risquer de donner un jour insuffisant par une résection timide ne portant que sur une partie de l'obstacle, car, avec la méthode de Zaufal, le jour donné par le méat est peu accentué et tous les inconvénients causés par une surveillance peu facile de la cavité opératoire en découlent.

Aussi, M. Sebileau ne se contente plus de réséquer la paroi postérieure du conduit, mais y ajoute une résec-

tion plus ou moins étendue de la conque. Voici comment notre maître précède :

Dès que l'évidement proprement dit est terminé, Sebileau trace au bistouri sur la conque une incision curviligne partant de la racine de l'hélix et aboutissant à la paroi inférieure du conduit ; la courbure en est plus ou moins accentuée suivant l'étendue de la cavité à surveiller. L'incision est prolongée dans le conduit à l'union des parois inférieures et postérieures et jusqu'au conduit osseux ; en haut, l'incision du conduit se fait à l'union des parois antérieure et supérieure. On obtient ainsi un vaste lambeau comprenant la paroi postérieure du conduit, la paroi supérieure et une partie de la paroi inférieure ainsi qu'une portion plus ou moins grande de la conque.

Ce lambeau est sectionné aux ciseaux et il ne reste du conduit membraneux que la paroi antérieure et une partie des parois supérieure et inférieure : la partie de la conque qui a été réséquée permet au regard de plonger dans la cavité opératoire beaucoup mieux que par le méat normal, même lorsque ce dernier est élargi comme cela se voit dans les autres méthodes. Ensuite les deux lèvres de la plaie rétro-auriculaire sont suturées ; on enlève les fils huit jours après et tous les pansements se font par le méat.

Tel est ce procédé, qui, on le voit, est d'une exécution simple et rapide et présente d'autre part l'avantage de répondre victorieusement à toutes les critiques qui ont été adressées à la méthode de la réunion immédiate.

1° *Le procédé de Sebileau donne un jour suffisant pour surveiller la cavité.* — Tous nos malades de Lariboisière sont pansés par le méat et s'épidermisent avec une grande rapidité. Daguet (que l'on veuille bien nous excuser de prendre souvent cette thèse comme terme de comparaison, mais notre travail en est la contrepartie), Daguet déclare qu'il en est encore à voir dans le service de M. Broca des évidés guéris en six semaines.

Or la durée moyenne des pansements dans le service de Lariboisière est de deux à trois mois; l'immense majorité est guérie au bout de ce laps de temps, comme le prouvent les observations que nous rapportons plus loin.

Nous nous souvenons même d'un malade opéré par le D^r Lemaître et qui fut complètement guéri en cinq semaines.

Nous sommes loin, avec le procédé de notre maître, des guérisons demandant dix-huit mois.

2° *Le procédé de Sebileau est applicable dans presque tous les cas.* — Nous rapportons l'observation d'une malade de quatorze ans, opérée par le D^r Gibert, assistant du service, avec accès cérébral et qui guérit parfaitement. Les observations de malades opérés avec cholestéatomes et guéris, sont nombreuses.

3° *Le procédé de Sebileau substitue à la déformation rétro-auriculaire, désagréable à tous les points de vue un méat un peu élargi mais tellement peu qu'il passe généralement inaperçu.* — Nous donnons à la fin de ce travail une série de photographies (PHOTOG. fig. 1 à 5) prises un peu partout parmi les malades dont nous rap-

portons les observations ; nous donnons comme terme de comparaison la photographie d'un malade opéré avec la méthode d'ouverture permanente (PHOTOG. *fig. 6*). Il suffit de comparer pour voir où est la déformation.

Avec le procédé de notre maître, plus de tampons d'ouate sortant de la tête, suivant le mot de Lermoyez, mais simplement une ouverture méatique un peu élargie et généralement passant inaperçue.

Nous ajouterons que même dans des cas d'abcès cérébral, de thrombo-phlébite du sinus, notre maître ou ses assistants ont pratiqué la suture immédiate et pansé par le méat et que leurs malades ont parfaitement guéri.

En somme, de tous les procédés autoplastiques employés dans la cure radicale de l'otorrhée, le procédé de Sébilleau est le plus facile et le plus rapide ; il donne au point de vue guérison des résultats excellents comme le prouvent les observations que nous publions plus loin ; il peut s'appliquer dans des cas compliqués sans que l'épidermisation en soit retardée et, au point de vue esthétique il est de beaucoup supérieur aux procédés d'autoplastie avec ouverture permanente. Nous publions trente-cinq observations prises dans le service de Lari-boisière pendant un espace de deux à trois ans ; leur lecture permettra de se rendre compte des avantages apportés par la méthode de Sébilleau à ce temps opératoire qui a son importance, nous voulons dire l'autoplastie.

OBSERVATIONS



FIG. I. — *Obs. 7.*



FIG. II. — *Obs. 21.*



FIG. III. — *Obs. 22.*



FIG. IV. — *Obs. 33.*

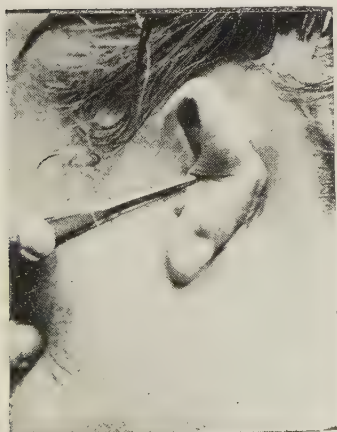


FIG. V. — *Aspect de la région mastoïdienne (PROCÉDÉ SÉBILLEAU).*

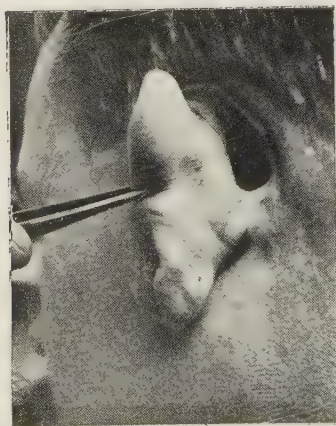


FIG. VI. — *Aspect de la région mastoïdienne (PROCÉDÉ D'OUVERTURE PERMANENTE).*

OBSERVATIONS

OBS. 1. — N... Yvonne, 22 ans. Entre dans le service le 26 octobre 1908.

Grippe à l'âge de 8 ans, occasionnant une otite suppurée qui dure jusqu'à l'âge de 16 ans. A son arrivée, pas de céphalée ni de douleur à la mastoïde. Dans la région rétro-auriculaire, on voit une fistule d'où sort du pus en abondance. L'opération est pratiquée par M. le Dr Gibert, assistant du service, le 6 novembre 1908.

Opération. — On trouve des lamelles de cholestéatome ayant fait un véritable évidement si bien qu'il ne reste qu'un coup de curette à donner pour nettoyer la caisse. Le canal demi-circulaire interne est en partie ouvert par le processus ostéitique. Le facial réagit au cours de l'opération et on constate une légère parésie au réveil.

M. Gibert pratique la résection de la conque et de la paroi postérieure du conduit suivant le procédé de Sébilleau. La malade vient régulièrement aux pansements jusqu'en février 1909. Nous la revoyons en avril. Elle est complètement guérie et présente un méat à peine élargi.

OBS. 2. — B... Louis, 49 ans, entre dans le service le 6 août 1908.

L'oreille gauche suppure depuis 25 ans. La mastoïde est actuellement en poussée d'infection aiguë avec des signes d'extériorisation.

Opération. — Pratiquée par M. le Dr Gibert le 8 août 1908.

Fistule de la face externe de la pointe. Dans l'antre, on trouve du pus et des lésions d'ostéite. De l'antre à la pointe, vaste cavité déformée par l'ostéite au fond de laquelle on trouve le sinus dont la paroi est épaissie. Aditus très oblique, fongosités et ostéite du toit de l'aditus et de l'antre. Curettage. Résection de la conque et de la paroi postérieure du conduit. Le malade quitte l'hôpital quinze jours après l'opération. Il vient aux pansements jusqu'en décembre. Nous le revoyons en février, il est complètement épidermisé.

OBS. 3. — Georges P..., 9 ans, entre le 14 avril 1908. Otite suppurée depuis l'âge de 5 ans. Pas de réaction mastoïdienne.

Opération. — Pratiquée par M. le professeur agrégé Sebilleau le 22 avril. On trouve sur le versant du massif du facial de l'ostéite condensante qui forme une jetée étendue du bec du massif au plafond de l'aditus. Cette jetée est respectée; elle a pu en imposer pour un reste de paroi externe de l'aditus comme on en voit dans le cas de certains aditus dédoublés. Plastique par résection de la conque et de la paroi postérieure. Le malade quitte le service le 7 mai. Au 15 juillet il est épidermisé. Revu six mois plus tard. Va bien.

3 bis. — G... Jules, 44 ans, entré le 27 avril 1908. Il souffre depuis quatre ans d'une otite suppurée; à l'examen, on constate une large perforation, et on ramène avec le porte-coton une lamelle nacrée ressemblant à du cholestéatome.

Opération. — Pratiquée par M. Gibert, assistant, le 4 mai 1908. On trouve l'antre recouvert en partie par le sinus. Ostéite des parois, cholestéatome ; plus d'osselets, sinus sain. Plastique par procédé de Sébilleau. Le malade quitte le service huit jours après, sa cavité est épidermée. Revu par nous en janvier 1909, il va très bien.

Obs. 4. — B.. Alfred, 3 ans, opéré il y a dix-huit mois à Saint-Louis pour mastoïdite aiguë, entre dans le service le 12 mars 1908. La plaie rétro-auriculaire ne s'est pas fermée, l'enfant se plaint continuellement de la tête. L'opération est pratiquée par le Dr Lemaître, assistant du service, le 20 mars. On trouve dans le fond de la caisse des masses de cholestéatome. Plastique par le procédé de Sébilleau. Le malade sort de l'hôpital le 3 mai. Ses pansements se prolongent, car il est indocile et à demi idiot. Cependant à la fin de l'année, il ne persiste plus qu'un léger suintement.

Obs. 5. — Ph.. Adrien, 20 ans. Entre le 18 janvier 1909. Le malade est atteint d'une ostéite moyenne chronique gauche datant de dix ans et non soignée. Depuis quelques jours, il souffre de violentes céphalées à gauche. Il est somnolent, répond difficilement aux questions qui lui sont posées. Il présente quelques signes de réaction méningée.

La nuque n'a pas la mobilité normale ; pas de Koernig, pas de diplopie, pas de nystagnus. Pouls à 60. L'opération est pratiquée par M. le Dr Gibert le lendemain de son entrée. Lésions d'ostéite de la caisse, fongosités, ostéite du toit de l'antre, et du canal de Fallope. La dure-mère est mise à nu sur une étendue d'un demi-centimètre. Sa couleur et sa tension sont normales.

Une ponction capillaire du cerveau ne donne rien. Le sinus découvert est sain.

Plastique par procédé de Sébilleau.

Le 21 janvier. — Pansement, amélioration, pas de signes de méningite.

Le 28 janvier. — Ponction lombaire pratiquée par Lemaître, aucun élément anormal. Le 16 avril, le malade sort de l'hôpital.

Il vient régulièrement aux pansements. La dernière fois que nous le voyons, le 8 mai, il est presque épidermisé.

Malgré la surface de la cavité évidée, et bien que la dure-mère ait été mise à nu, le résultat donné par la plastique est excellent.

Obs. 6. — F. Ba..., 3 ans. Entre dans le service le 12 mai 1908. Le malade a été soigné et suivi à la consultation du service par le Dr Gibert, lequel a pratiqué une paracentèse et a tenu le malade en observation pour mastoïdite. Quelques jours après, celui-ci va à Saint-Louis, où M. Rabinovitch l'opère pour mastoïdite. Au bout de quelque temps, il revient à Lariboisière, se plaignant de douleurs dans l'oreille guérie. Par le conduit, le Dr Gibert retire par deux fois des séquestres, gros comme une lentille; suppuration fétide, sanguinolente. Radicale par le Dr Gibert le 27 mai.

Le champ opératoire est rempli de fongosités, les bords de la tranche osseuse sont ostéitiques sur une étendue de 2 centimètres environ. La paroi externe de l'aditus est incomplètement détruite, les osselets sont intacts, ainsi que le mur de la logette. La loge osseuse du sinus est malade; on la détruit à la pince-gouge; le sinus est sain, perméable.

Plastique par procédé de Sébilleau et réunion immédiate.

Le malade quitte l'hôpital le 10 juin. A la fin de l'année, il est épidermisé. Revenu en mars, il va bien.

OBS. 7. — C... Esther, 10 ans. Entre le 31 mars 1908. L'oreille gauche coule depuis des années. Le pus est entièrement fétide, et il y a de l'ostéite de la paroi interne de la caisse.

Radicale pratiquée par le D^r Gibert le 14 mai. Ostéite de l'antre, de l'aditus, fongosités. La curette ramène le marteau et l'enclume peu malades. Curettage de l'orifice osseux de la trompe.

Plastique par procédé de Sébileau. La malade quitte le service le 28 mai.

La cavité s'épidermise en trois mois. Elle est actuellement très bien portante et le plastique a donné un des meilleurs résultats. Photographie n° 1.

OBS. 8. — S... Adolphe, 49 ans, entre dans le service le 26 novembre 1908. Il y a quatre ans, il a été pris de douleurs dans l'oreille droite, et bientôt un écoulement est apparu qui dure depuis cette époque. Le malade depuis six mois éprouve de la céphalée, des vertiges. A l'examen, perforation en arrière du manche, ostéite de l'attique, pus abondant.

Radicale pratiquée par M. le D^r Gibert, assistant, le 30 novembre. Antre profond, recouvert d'une corticale éburrée et très épaisse. Quelques lamelles de cholestéatome dans l'antre et l'aditus. Fongosités de la caisse, ostéite du marteau, l'enclume a disparu. Le champ opératoire très profond est très exigu.

Plastique par le procédé de Sébileau. Le malade sort de l'hôpital le 9 décembre. Il vient aux pansements jusqu'en février. Revu le 10 avril, il est complètement guéri.

OBS. 9. — Duss... André, 5 ans, entre le 7 décembre 1908. Admis d'urgence, l'enfant présente sur la mastoïde une collection purulente datant de huit jours, survenue au cours d'une otite moyenne chronique.

Radicale pratiquée par le Dr Gibert le 8 décembre. Cholestéatome dans l'antre et l'aditus; caisse remplie de fongosités.

Plastique par le procédé de Sébilleau. L'enfant quitte le service le 7 janvier. Revu pendant trois mois, sa cavité est complètement épidermée.

OBS. 10. — Mar... Berthe, 25 ans, entre le 25 mars 1908. Otorrhée gauche remontant à l'âge de 13 ans. La malade présente de la céphalée, des vomissements, mais pas de signes nets de réaction méningée.

Radicale pratiquée par M. Sébilleau le 31 mars. La curette ramène des lamelles de cholestéatome; l'antre et l'aditus sont agrandis par le cholestéatome et l'évidement est à peu près fait par le processus.

Plastique par le procédé de Sébilleau. La malade quitte le service le 15 avril. L'épidermisation est lente; cependant à la fin de l'année, elle est complète. Revue en février 1909, c'est-à-dire onze mois après l'opération, elle est guérie.

OBS. 11. — Basch... Marie, 56 ans, entre dans le service le 29 juin 1908. L'oreille gauche coule depuis des années. Ostéite de la paroi interne de la caisse; céphalée persistante.

Radicale pratiquée par le Dr Gibert le 1^{er} juillet.

Ostéite de l'antre et de toute la mastoïde; la loge du sinus est frappée d'ostéite, le sinus est sain.

Caisse remplie de fongosités; osselets peu malades.

Plastique par le procédé de Sébilleau. La malade quitte l'hô-

pital le 16 juillet. En novembre, sa cavité est épidermée. Elle vient aux pansements tous les quinze jours et est photographiée en avril 1909. Très bons résultats au point de vue esthétique et au point de vue guérison.

OBS. 12. — Ro... Blanche, 20 ans, entre dans le service le 19 août 1908. Otite moyenne chronique gauche datant de 8 ans.

Radicale pratiquée par le Dr Gibert le 22 août. Ostéite de la caisse, de l'aditus et de l'antre; dure-mère mise à nu.

Plastique par le procédé de Sebileau. A la fin de l'année, la malade cesse de venir aux pansements; revue par nous en février, elle est complètement guérie.

OBS. 13. — Mart... Jeanne, 4 ans. Otite moyenne chronique avec abondant écoulement.

Radicale pratiquée par le Dr Lemaître, le 23 avril 1908.

Plastique par le procédé de Sebileau. Guérie en quatre mois.

OBS. 14. — D... Emilienne, 19 ans, entre dans le service le 10 octobre 1908 pour un otite moyenne chronique droite, qui existe depuis dix ans et n'a jamais été soignée. A l'examen, une grande partie de la membrane est détruite en avant et en arrière du manche jusqu'au ras du cadre, sauf à la partie postérieure dont il reste un segment adhérent au cadre.

Au stylet, ostéite de la paroi interne du promontoire, vers le seuil de l'aditus et le toit de l'attique.

Audition très diminuée : Weber à droite. Rinne négatif.

Radicale pratiquée par M. le professeur agrégé Sebileau le 19 octobre.

Antre petit et profond; la dure-mère cérébrale est mise à nu au cours de l'opération; elle est saine.

Fongosités et cholestéatome dans l'aditus et dans la caisse.

Plastique par le procédé de Sebileau.

La malade quitte l'hôpital le 26 octobre.

Pansements jusqu'en avril 1909. A cette époque, la cavité est complètement épidermée. Résultat excellent malgré l'étendue de la cavité évidée.

Obs. 15. — B... Suzanne, 16 ans, entre dans le service le 20 juillet 1908.

L'oreille gauche suppure depuis de longues années ; depuis huit jours tuméfaction en avant du tragus, prolongement d'une collection mastoïdienne extériorisée. Radicale pratiquée par M. le Dr Gibert le 31 juillet.

Ostéite de l'aditus, de l'antre et de la caisse. On ne trouve pas de fissure osseuse à travers laquelle a pu s'établir la communication avec les téguments.

Plastique par le procédé de Sebileau.

La malade quitte le service le 15 août.

En deux mois, sa cavité est épidermée.

Revue par nous, en avril 1909, elle est complètement guérie.

Obs. 16. — Grim... Marie, 31 ans, entre le 14 décembre 1908 pour otite moyenne chronique droite. Son oreille coule depuis un an, et on la soigne depuis cette époque par des lavages à l'eau de guimauve et des pommades anti-névralgiques !!

Radicale pratiquée par M. le Dr Gibert.

Fongosités de la caisse, ostéite de l'antre et de l'aditus.

Plastique par le procédé de Sebileau.

Nous pansons la malade pendant trois mois ; en avril elle est guérie.

OBS. 17. — Delau... Honoré, 63 ans, entre le 15 mai 1908 pour une otite moyenne chronique gauche. Douleur à la pression au niveau de la mastoïde.

Radicale pratiquée par le Dr Gibert le 28 mai. Cholestéatome dans l'antre et l'aditus. Ostéite de la pointe mastoïdienne ; pas d'osselets.

Plastique par le procédé de Sebileau.

Le malade vient aux pansements jusqu'en octobre, époque à laquelle il est complètement guéri.

OBS. 18. — Paj... Louise, 18 ans, entre le 31 janvier 1908. Otite chronique droite depuis 15 ans, à la suite de scarlatine. Membrane complètement détruite ; ostéite de l'attique.

Radicale pratiquée par le Dr Gibert le 5 février.

Caisse pleine de fongosités ; plus d'osselets.

Plastique par le procédé de Sebileau.

La malade cesse de venir aux pansements en avril 1908. Revue par nous, un an plus tard, elle nous déclare ne pas souffrir depuis.

OBS. 19. — Gay... Hélène, 23 ans, entre le 15 janvier 1908, pour une otorrhée gauche remontant à l'enfance. Le tympan est détruit et au moment de l'opération la malade présente une mastoïdite extériorisée avec une volumineuse collection de pus sous les téguments.

Radicale pratiquée par le Dr Gibert.

Pus dès l'incision de la peau ; corticale friable se brisant au contact. Antre agrandi par du cholestéatome ; caisse fongueuse. Ostéite de la loge osseuse du sinus ; sinus sain.

Plastique par le procédé de Sebileau.

La malade vient aux pansements jusqu'en avril 1908. Revue

par nous un an plus tard, elle ne souffre pas ; son incision rétro-auriculaire n'a laissé aucune trace, et le méat est à peine élargi.

Obs 20. — Kau... Nicolas, 5 ans 1/2. Entre dans le service le 18 décembre 1908. Cet enfant a été opéré à Saint-Louis de mastoïdite aiguë gauche. Après quelques semaines de pansements, la brèche ne s'épidermisant pas et trouvant au stylet des points d'ostéite, le petit malade est dirigé sur le service où il est opéré par le Dr Gibert le 21 décembre 1908. Ostéite du massif facial ; curettage ; résection à la pince gouge de la moitié externe du toit de la caisse et de la totalité du toit de l'antre. Avant de terminer, l'attention est attirée par un point d'os blanc, d'apparence nécrosée, siégeant au niveau du versant postérieur du canal semi-circulaire horizontal.

Cette lamelle osseuse est circonscrite par un sillon d'élimination, mais non mobile à la pince ; on le fait sauter ; le canal est ouvert de ce fait.

Trépanation du promontoire.

Plastique par le procédé de Sebileau.

Cette observation est intéressante en raison de l'étendue des lésions qui a nécessité la trépanation du labyrinthe. Cependant, le petit malade pansé par le conduit s'épidermise rapidement, et en avril, trois mois après l'intervention il est à peu près guéri.

Obs. 21. — D... Émile, 10 ans, entre dans le service le 8 janvier 1909 pour otorrhée gauche.

Radicale pratiquée par le Dr Lemaître le 16 janvier. Caisse fongueuse ; ostéite de l'antre. Plastique par le procédé de Sebileau.

Nous avons pansé le malade pendant deux mois; sa photographie a été prise trois mois après l'opération.

Très bon résultat au point de vue esthétique et au point de vue traitement; le méat est à peine élargi et le malade est guéri. Phot. n° 2.

OBS. 22. — F... Léon, 29 ans.

Otite moyenne chronique gauche.

Radicale pratiquée par le Dr Lemaître le 21 janvier 1909.

Immense cholestéatome remplissant toute la mastoïde et la cavité adito-attico-tympanique. Curettage minutieux surtout au pourtour tubaire.

Plastique par le procédé de Sebileau.

Nous avons pansé le malade jusqu'en avril, époque à laquelle sa cavité est complètement épidermée. Phot. n° 3.

OBS. 23. — D... Germaine, 18 ans. Otorrhée gauche, suite de scarlatine. Entre le 17 février 1909. Douleur à la pression au niveau de la mastoïde.

Radicale pratiquée par M. Sébilleau le 22 février.

Caisse pleine de fongosités.

Plastique par le procédé de Sebileau.

Deux mois après l'opération, la cavité est épidermée.

OBS. 24. — T... Léon, 28 ans, entre le 9 janvier 1909. Otorrhée gauche depuis dix ans.

Radicale pratiquée par le Dr Gibert le 10 janvier.

Antre petit, profond, à parois ostéitiques; ostéite de l'aditus et de la caisse. Dure-mère mise à nu au niveau du toit de l'adi-

tus ; trajet fistuleux sur le massif facial, d'où sort du pus.

Curettage.

Plastique par le procédé de Sebileau.

Nous pansons le malade jusqu'à la fin d'avril, époque à laquelle il est complètement guéri.

Obs. 25. — L... Victor, 29 ans, entre le 22 février 1909, pour otorrhée gauche.

Il a été opéré à Necker en 1903 de mastoïdite ; actuellement fistule mastoïdienne.

Radicale pratiquée par le Dr Gibert.

Fongosités dans la caisse ; l'évidement a été fait par le processus cholestéatomateux ; il ne reste qu'à curetter la caisse, l'aditus et l'antre.

Plastique par le procédé de Sebileau.

Nous pansons le malade jusqu'en avril ; le 6 mai, c'est-à-dire dix semaines après l'intervention, il est guéri.

Obs. 26. — Par... Paul, 21 ans, entre le 30 janvier 1909, pour otite moyenne chronique gauche.

Radicale pratiquée par le Dr Lemaître le 2 février.

Caisse pleine de fongosités ; ostéite de l'antre et de l'aditus.

Plastique par le procédé de Sebileau.

Le malade est pansé par nous jusqu'en avril 1909 ; il cesse de venir aux pansements à la fin d'avril ; sa cavité est complètement épidermée.

Obs. 27. — Duch... Octave, 32 ans, entre dans le service le 27 janvier 1909, pour otite chronique droite datant de plusieurs années.

Radicale pratiquée par le Dr Lemaître le 28 janvier.

Plastique par le procédé de Sebileau.

Le malade est pansé par nous jusqu'à la fin d'avril; à ce moment, il est épidermisé.

Obs. 28. — Ge... Jeanne, 46 ans. La malade souffre de l'oreille gauche depuis l'âge de 7 ans. Elle a eu à cette époque un écoulement très abondant suivi d'un abcès rétro-auriculaire; l'écoulement a persisté depuis cette époque. Entre dans le service le 22 janvier.

Radicale pratiquée le 23 par le Dr Lemaître.

Antre petit, profond; caisse fongueuse.

Plastique par le procédé de Sebileau.

La malade vient régulièrement aux pansements; fin avril elle est complètement guérie.

Obs. 29. — Herb... Hubert, 29 ans, entre le 29 janvier 1909, pour otite moyenne chronique droite.

Radicale pratiquée par M. Sebileau.

Ostéite pariétale de l'antre qui est petit et profond; mêmes lésions de l'aditus. Fongosités de la caisse.

Plastique par le procédé de Sebileau.

Le malade sorti du service dix jours après l'opération est pansé par nous pendant six semaines. Au bout de ce laps de temps, extrêmement court, il est complètement guéri.

Obs. 30. — Bro... Justin, 7 ans. Otorrhée droite depuis deux ans à la suite de scarlatine; douleur à la pression, au niveau de la mastoïde.

Radicale pratiquée par M. Sebileau le 2 mars 1909. Caisse fongueuse; ostéite de l'antre.

Plastique par le procédé de Sebileau.

Nous pansons le petit malade pendant deux mois ; il est à ce moment à peu près épidermisé.

OBS. 31. — Georgette, Pr... 17 ans.

Depuis l'âge de sept ans, otite chronique gauche, à la suite d'une rougeole.

Radicale pratiquée par M. Sebileau.

Ostéite de l'antre, de l'aditus et de la caisse ; celle-ci est remplie de fongosités ; la loge osseuse du sinus est frappée d'ostéite ; elle est ouverte : le sinus est sain.

Plastique par le procédé de notre maître.

La malade est pansée par nous pendant trois mois ; au bout de ce laps de temps, épidermisation complète.

ORS. 32. — Artr... Albert, 18 ans. Entre dans le service le 2 avril 1909 pour otite moyenne chronique gauche.

Le malade a de violentes douleurs de tête empêchant tout sommeil et une paralysie faciale apparue six jours auparavant. Téguments mastoïdiens très sensibles à la pression, de l'antre à la pointe.

Radicale pratiquée par M. Gibert le 8 avril 1909.

Le toit de l'antre est séquestré et en l'explorant le stylet pénètre dans l'étage moyen du crâne. Le toit de l'antre est enlevé à la pince ; le toit de la caisse et de l'aditus est atteint d'ostéite et cureté ; la dure-mère sous-jacente est normale. Destruction à la pince-gouge de la pointe de la mastoïde. En curetant le plancher de la caisse, la curette pénètre dans une cavité sous-jacente, cavité qui répond au golfe de la jugulaire. Le massif du facial présente des lésions d'ostéite.

Plastique par le procédé de Sebileau.

Nous pansons le malade jusqu'au 15 mai ; à ce moment, sa

cavité s'épidermise très rapidement et l'on peut prévoir la guérison pour le mois suivant.

OBS. 33. — L... Marie, 16 ans.

Entre dans le service le 11 février 1908 pour otite moyenne chronique droite.

Radicale pratiquée par M. le Dr Lemaître, le 20 février.

Caisse remplie de fongosités ; ostéite de l'antre et de l'aditus.

Plastique par le procédé de Sebileau.

La malade est pansée régulièrement pendant trois mois et vient ensuite tous les mois se faire examiner.

Nous la photographions un an après son opération : elle est à cette époque complètement guérie, et le résultat au point de vue esthétique n'est pas moins favorable (Phot. n° 4).

OBS. 34. — Nov... Noémie, 14 ans, entre dans le service le 8 avril 1907 pour un écoulement de l'oreille droite. La cure radicale est pratiquée par M. le Dr Gibert le 9 avril. La dure-mère cérébrale mise à nu, est saine. Ostéite de la paroi externe de l'aditus. Caisse pleine de fongosités. Curettage et plastique par le procédé de Sebileau.

La plaie opératoire s'épidermise très bien et la malade sort le 11 mai. Cependant, venant aux pansements tous les deux jours, on constate sa pâleur, son amaigrissement ; bref un état inquiétant. Le pouls est à 55. Le 24 mai elle rentre dans le service. Pouls à 57. Somnolence ; douleurs de tête diffuses. Pas de nystagmus ; pas de réaction méningée ; pas de kernig. Ponction lombaire ; liquide clair.

Le lendemain, même état. M. le Dr Gibert l'opère de nouveau. Agrandissement de la brèche osseuse à travers laquelle on voit la dure-mère cérébrale mise à nu par la précédente opération.

La dure-mère est tendue ; on a l'impression qu'elle est refoulée. On l'incise ; la substance cérébrale fait saillie aussitôt ; on incise la substance grise et à 1 millimètre à peine de profondeur on voit sourdre quelques gouttes de pus bien lié et crémeux ; dirigeant la sonde en haut et un peu en dedans, on ramène du pus ; il s'en écoule la valeur d'une cuillerée à bouche. Drain dans le trajet cérébral. Pansement. Le lendemain, on explore le trajet de l'abcès. Pas de pus. Pouls à 108. Drain.

Le 29. — Le cathétérisme du trajet fait s'écouler du pus en grande abondance (la valeur d'un verre à bordeaux). Le drain pénètre dans le trajet de trois travers de doigt environ.

Le 30. — Pansement ; quand on retire le drain, flot de pus. On assèche le trajet avec du coton, pouls à 100. Drain. État général assez bon.

Le 31. — Pansement ; il sort du trajet une cuillerée à bouche de pus. Drain.

Le 1^{er} juin. — Très peu de pus.

Le 2 juin. — Quelques gouttes de pus.

3 juin. — Très peu de pus, drain.

4 juin. — Pas de pus dans le trajet. Drain.

5 et 6 juin. — Pas de pus. Le drain pénètre de moins en moins profondément.

21 juin. — Le trajet est fermé. Plus de drain.

27 juin. — La malade sort de l'hôpital.

1^{er} août. — La plaie rétro-auriculaire est complètement fermée. La caisse épidermisée reste complètement sèche.

La malade a été revue par nous dix-huit mois après son opératoire ; elle va très bien.

CONCLUSIONS

I. — Les procédés autoplastiques proposés dans la cure radicale de l'otorrhée se divisent en deux groupes :

α . — Méthode d'ouverture rétro-auriculaire permanente ;

β . — Méthode de réunion immédiate de la plaie.

II. — La première méthode doit être rejetée en raison de ses inconvénients :

α . — L'épidermisation de la cavité opératoire est plus lente que lorsque l'on pratique la suture immédiate ;

β . — Les dangers d'infection secondaire sont à leur maximum ;

γ . — L'ouverture rétro-auriculaire constitue une déformation, inconvénient au point de vue esthétique et social.

III. — La méthode par fermeture immédiate est excellente :

α . — Épidermisation plus rapide ;

β . — Dangers d'infection moins nombreux ;

γ . — Suppression de la déformation rétro-auricu-

laire et d'une seconde opération nécessitée par l'autoplastie secondaire. Mais, quand on pratique l'autoplastie par taille de lambeaux, comme on le fait en général, dans cette méthode, cette opération est difficile et longue et les lambeaux provoquent ou entretiennent la suppuration.

IV. — La méthode autoplastique de Sebileau est excellente, elle présente les avantages suivants :

α. — Simplicité et rapidité d'exécution ;

β. — Surveillance facile de la cavité par le méat élargi et par conséquent épidermisation considérablement avancée ;

γ. — Dangers d'infection très restreints ;

δ. — Au point de vue esthétique l'agrandissement du méat est généralement tellement minime qu'il passe inaperçu et en tous cas il est beaucoup moins apparent que la déformation rétro-auriculaire résultant de la première méthode.

Vu : le Président de la thèse

SECONDE

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
le Vice-recteur de l'Académie de Paris:

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- ALEXANDER. — Technique de l'occlusion plastique des pertes de substance rétro-auriculaires. Société d'otologie autrichienne, 29 octobre 1906, in *Arch. intern. de laryng. otol. rhin.*, 1907.
- ALT. — Nouvelle plastique. *Soc. aut. d'otol.*, 26 janvier 1903.
- A. BROCA ET LUBET-BARBON. — Les suppurations de l'apophyse mastoïde et leur traitement. Steinheil, 1895.
- BERGMANN. — *Berlin. klin. Wochens*, n° 7, 1889.
- BLOCH. — De la réunion par première intention des plaies rétro-auriculaires dans la cure radicale. *Zeis. f. Ohrenh.*, XXXIII, p. 345, 1898.
- BOTEY. — Trois cas d'attico-antérectomie avec la simplification de l'autoplastie. *Arch. f. Ohrenh.*, XLV, 1898.
- De la réunion précoce de l'incision rétro-auriculaire. *Annal. des mal. de l'oreille et lary.*, 1899, n° 5.
- Prophylaxie des sténoses du conduit. *Ann. mal. or. et larynx*. 1904, III, p. 362.
- BARAYAS. — Étude du cholestéatome. *Revue hebd. de laryng*, n° 33, 1903.
- BRINDEL. — *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, n° 21, 1904.
- CASTEX. — *Malad. des oreil. nez, larynx*. Baillièrè, 1907.
- CABOCHE. — Sur le traitement post-opératoire de l'évidement pétro-mastoïdien. *Annales des mal. de l'or. et du larynx*, II, p. 15, 1904.

- COMPAIRED. — A propos de quelques détails ou modifications dans l'exécution de l'attico-antérectomie. *Rev. heb. de laryng.*, n° 36, 1905.
- DAGUET. — Technique et indications des procédés autoplastiques dans l'évidement pétro-mastoïdien. *Thèse de Paris*, 1908.
- DELSAUX. — La résection de la paroi postérieure du conduit et le pansement sans tamponnement. *Ann. des mal. de l'or. et du larynx*, 1903.
- DENCH. — Opération pour l'occlusion des ouvertures rétro-auriculaires. *Journ. of. amer. med. assoc.*, 1904.
- FORSELLES. — Contribution au traitement opératoire de l'otite moyenne chronique suppurée. *Arch. f. Ohrenh.*, XXXVI, 1894.
- GRUNECK. — La méthode de Stacke à Halle-sur-Saale pendant la seconde année de son application. *Arch. f. Ohrenh.*, XXXV, 1893.
- GORIS. — Remarques sur la cure radicale de l'otorrhée avec autoplastie de Passow. *Bulletins et mémoires de la société belge d'otologie*, 1900.
- GRUNWALD. — Traitement consécutif à l'ouverture des cavités de l'oreille moyenne. *Zeits. f. Ohrenh.*, XXX, 1897.
- HERMANN. — Procédés autoplastiques dans la cure radicale de l'otorrhée. *Thèse de Bordeaux*, 1906-1907.
- HOLMES. — L'opération de Stacke modifiée par Schwartze. *Zeits. f. Ohrenh.*, XXV.
- GANICAUD. — Le traitement des otorrhées à la clinique d'oto-rhino-laryng. de Bordeaux. *Thèse de Bordeaux*, 1906.
- KRETSCHMANN. — Une méthode de plastique rétro-auricul. *Arch. f. Ohrenh.*, XXXVII, 1896.
- KOERNER. — *Société otol. allem.*, 12 mai 1894.
- G. LAURENS. — Chirurgie oto-rhino-laryng. Steinheil, 1906.
- P. LAURENS. — Procédés d'autoplastie pour cicatrice rétro-auriculaire après évidement. *Arch. intern. de laryng.*, nov. 1906.
- LAVRAND. — De l'occlusion après l'évidement pétro-mastoïdien. *Journ. des sc. méd. de Lille*, I, 1904.

- LUC. — *Arch. intern. de laryng.*, 1895.
- Le cholestéatome de l'oreille. *Méd. mod.*, 1897.
 - Leçons sur les suppur. de l'oreille moyenne, 1900.
 - Le lambeau de Siebenmann dans l'évidement. *Annal. des mal. de l'or. et larynx*, 1904.
- LERMOYEZ ET BOULAY. — Thérapeutique des maladies de l'oreille, t. II.
- LERMOYEZ ET MAHU. — Un procédé simple de fermeture de l'orifice rétro-auriculaire après guérison de l'évidement pétro-mastoïdien. *Ann. des mal. de l'or. et du larynx*, 1901.
- LAKE. — Opération plastique pour la fermeture des fistules rétro-auriculaires post-opératoires. *Brit. med journal*, 1900.
- MACKIEWICZ. — Procédé facile pour élargir le méat auditif en cas d'évidement pétro-mastoïdien. *Ann. des mal. de l'oreille*, 1906.
- MAHU. — Des pansements consécutifs à l'évidement pétro-mastoïdien. *Ann. des mal. de l'or. et du larynx*, 1902.
- MOSETIG-MOORHOOF. — Occlusion autoplastique des pertes de substance de l'apophyse mastoïde. *Centrabl. f. chirurg.*, 1898.
- MOURE ET BRINDEL. — Guide pratique des maladies de la gorge, du larynx... O. Doin, 1898.
- De l'ouverture large de la caisse et de ses annexes *Rev. hebd. de laryng.*, 1897, n^{os} 18 à 20.
- MOURE. — De la réunion immédiate du pavillon de l'oreille après la cure radicale de l'otorrhée. *Rev. hebd. de laryng.*, 1899, n^o 6.
- Des procédés autoplastiques dans la cure radicale de l'otorrhée. *Congrès de la soc. franc. de laryng.*, Paris, mai 1906.
- MOURET. — Du procédé de Siebenmann pour la plastique du conduit auditif membraneux et du pavillon de l'oreille dans l'évidement pétro-mastoïdien. *Arch. int. de laryng.*
- Faut-il fermer ou laisser ouverte la plaie rétro-auri-

- culaire dans l'évidement pétro-mastoïdien, in. *id.*
- MOURET. — Réflexions sur l'évidement pétro-mastoïdien. *Rev. hebdomadaire de laryng.*, août 1906.
- PANSE. — La méthode de Stacke à la clinique de Halle-sur-Saale du 14 janvier 1891 au 14 janvier 1892. *Arch. f. Ohrenh.*, XXXIV, 1892.
- PASSOW. — Nouvelle méthode de transplantation pour l'opération radicale dans les suppurations chroniques de l'oreille moyenne. Berlin. Hirschwald, 1895.
- Sur l'ouverture rétro-auriculaire après la cure radicale. *Zeits. f. Ohrenh.*, XXXII, 1898.
- La plastique du conduit après l'opération radicale. Berlin, Spinger.
- PISCHEL. — Lambeau cutané pour occlusion immédiate de la plaie dans les opérations de la mastoïde. *Arch. of otol.*, XXX, 1901.
- POLITZER-BRUHL. — Manuel des maladies de l'oreille, traduit par G. Laurens.
- SIEBENMANN. — Résection cartilagineuse, modification du procédé de Koerner pour l'opération du cholestéatome. *Zeits. f. Ohrenh.*, XXXIII, 1908.
- STACKE. — Sur une nouvelle méthode plastique pour recouvrir les surfaces osseuses mises à nu dans l'ouverture opératoire de l'oreille moyenne. *Soc. otol. all.*, 1895.
- *Berlin. Klin. Wochens.*, 25 janvier 1892.
- *Intern. Klinik. Rundschau*, 21 déc. 1890.
- TRAUTMANN. — Persistance de l'orifice rétro-auriculaire après l'opération radicale et sa fermeture plastique. *Arch. f. Ohrenh.*, XLVIII, 1899.
- WEISSMANN. — Traitement des suppurations de l'attique. *Thèse de Paris*, 1892.
- ZAUFAL. — Histoire et technique de la mise à nu des cavités de l'oreille moyenne. *Arch. f. Ohrenh.*, XXXVII, 1894.

